Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre <plan name> y cualquier restricción o límite de esos servicios [Insert if the plan has cost sharing: y cuánto debe pagar por cada servicio]. También le informa los beneficios que no cubre nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

[Plans should refer members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "refer to Chapter 9, Section A, page 1." An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

[*Plans must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template.*]

Tabla de contenidos

[A. Sus servicios cubiertos 2](#_Toc74340330)

[A1. Durante emergencias de salud pública 2](#_Toc74340331)

[B. Reglas contra el cobro de servicios por parte de los proveedores 3](#_Toc74340332)

[C. Tabla de beneficios de nuestro plan 3](#_Toc74340333)

[D. Tabla de beneficios 7](#_Toc74340334)

[D1. Visitas preventivas 7](#_Toc74340335)

[D2. Servicios y pruebas de detección preventivos 8](#_Toc74340336)

[D3. Otros servicios 14](#_Toc74340337)

[E. Servicios cuando está fuera de casa o del área de servicio 52](#_Toc74340338)

[F. Beneficios cubiertos fuera de <plan name> 52](#_Toc74340339)

[F1. Cuidados en hospicio 52](#_Toc74340340)

[G. Beneficios que no están cubiertos por <Plan Name>, Medicare ni Medicaid 53](#_Toc74340341)

# Sus servicios cubiertos

Este capítulo le indica cuáles servicios cubre <plan name>, cómo acceder a los servicios y si hay límites en los servicios. También podrá informarse sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos está en el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] y la información sobre cuánto paga por medicamentos está en el Capítulo 6 [plans may insert reference, as applicable].

Debido a que usted recibe asistencia de Medicaid, por lo general no deberá pagar por los servicios cubiertos que se explican en este capítulo, siempre y cuando cumpla con las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] para conocer los detalles sobre las reglas del plan. Sin embargo, puede tener la responsabilidad de pagar los servicios del centro de enfermería o de exención que están cubiertos a través de su beneficio de Medicaid. El Departamento de trabajo y servicios de familia local determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que tenga esa responsabilidad.

Si necesita ayuda para saber qué servicios están cubiertos o cómo acceder a ellos, llame a los Servicios al miembro al <toll-free phone number> o a su administrador de cuidados al [plans should include a phone number or other contact information].

## A1. Durante emergencias de salud pública

[*Plans providing required coverage and permissible flexibilities to members subject to a public health emergency declaration (e.g., the COVID-19 pandemic) concisely describe the coverage and flexibilities here or include general information about the coverage and flexibilities along with any cross references, as applicable. Plans include whether such coverage and flexibilities are contingent upon the duration of the public health emergency, which may or may not last for the entire year. Plans also include any specific contact information, as applicable, where members can get more details.*]

<Plan name> cubrirá todas las pruebas, tratamientos y vacunas de la COVID-19 sin copagos.

**Pruebas de la COVID-19**

Para ver los centros donde se efectúan las pruebas de la COVID-19 entre en [coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/dashboards/other-resources/testing-ch-centers](https://coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/dashboards/other-resources/testing-ch-centers).

**Vacunación contra la COVID-19**

El Departamento de Salud de Ohio (ODH) dispone de una herramienta de búsqueda que usted puede utilizar para encontrar un proveedor de vacunas. Puede buscar en el directorio por condado y por código postal (ZIP code) En él aparecen los proveedores que actualmente están recibiendo envíos de vacunas de la COVID-19. Para obtener información al respecto, así como sobre los lugares de vacunación, entre en [vaccine.coronavirus.ohio.gov/](https://vaccine.coronavirus.ohio.gov/) o llame a teléfono gratuito de ODH: 833-427-5634.

<Plan name> puede ayudarle a encontrar un centro de pruebas o de vacunación en su comunidad. También puede ayudarle con la programación de su cita y con el transporte hasta el centro correspondiente. Comuníquese con Servicios al miembro de <plan name> (encontrará los datos de contacto en el pie de página) o con la Línea de consultoría de enfermeras llamando al <phone number>.

ODH actualiza regularmente la información sobre las fases de vacunación. Para verla, entre en [coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/covid-19-vaccination-program](https://coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/covid-19-vaccination-program).

# Reglas contra el cobro de servicios por parte de los proveedores

Salvo lo indicado anteriormente, no permitimos que los proveedores de <plan name> le cobren por sus servicios cubiertos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y evitamos que usted tenga que pagar facturas. Esto es se aplica incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio cubierto.

**Usted no debería recibir nunca una factura de un proveedor por un servicio cubierto.** Si esto ocurre, consulte el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable] o llame a Servicios al miembro.

# Tabla de beneficios de nuestro plan

En la siguiente Tabla de beneficios de la Sección D hay una lista general de los servicios que están cubiertos por el plan. Primero indica los servicios preventivos y luego las categorías de otros servicios por orden alfabético. También explica los servicios cubiertos, cómo acceder a los servicios y si hay límites o restricciones en los servicios. [Plans that include an index at the end of the chapter should insert: Para encontrar un servicio en la tabla, también puede usar el índice que se encuentra al final del capítulo.] Si no encuentra el servicio que busca, tiene preguntas o necesita información adicional sobre los servicios cubiertos y cómo acceder a ellos, comuníquese con los Servicios al miembro o con su administrador de cuidados.

Cubriremos los servicios indicados en la Tabla de beneficios solamente cuando se cumplan las siguientes reglas.

* Sus servicios cubiertos por Medicare y Medicaid deben proporcionarse de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Ohio Medicaid.
* Los servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos) deben ser un beneficio del plan y deben ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados orientados a evitar que usted sea internado en un hospital o en un hogar para personas de la tercera edad. Además, incluye aquellos suministros o medicamentos que cumplan con los estándares aceptados por la práctica médica.
* Si <plan name> decide que un servicio no es médicamente necesario o no está cubierto, usted o alguien autorizado a actuar en su nombre puede presentar una apelación. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].
* Usted recibe su cuidado de salud de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no cubrirá el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] tiene más información sobre cómo usar los proveedores de la red y fuera de la red.
* Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) o un equipo para el cuidado de salud que le proporciona y está a cargo del cuidado de su salud.
* Algunos servicios enumerados en la Tabla de beneficios serán cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red reciben primero nuestra aprobación. Esto se llama autorización previa. Además, algunos servicios enumerados en la Tabla de beneficios serán cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red escriben un pedido o una receta para que usted reciba el servicio. Si no está seguro de si un servicio requiere autorización previa, comuníquese con Servicios al miembro o visite nuestra página web en [insert plan website link where the member can view the prior authorization list].
* [Insert if plan is offering targeted “Uniformity Flexibility” supplemental benefits and/or “*Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI)”* in section B-19 of the Plan Benefit Package submission: **Información importante sobre beneficios para miembros con determinadas afecciones crónicas.** Si usted tiene alguna de las siguientes afecciones crónicas y cumple con ciertos criterios médicos, puede ser elegible para recibir beneficios adicionales [*insert if applicable:* o costo compartido reducido]:
  + [*List all applicable chronic conditions here.*]
  + [If offering SSBCI, include information about the process and/or criteria for determining eligibility for SSBCI. Plan must also deliver a written summary of the SSBCI offered to each chronically ill member eligible for SSBCI.]

Consulte la fila “Ayuda con ciertas afecciones crónicas” en la Tabla de beneficios para más información.]

Usted no pagará nada por los servicios indicados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que se explican anteriormente. La única excepción es si usted tiene que pagar parte de los costos de un centro de enfermería o servicios de exención según lo determine el Departamento de trabajo y servicios de familia local.

[Instructions on completing the Benefits Chart:

* For all preventive care and screening test benefit information, plans that cover a richer benefit do not need to include the given description (unless it is still applicable) and may instead describe the plan benefit.
* Plans must include any services provided in excess of the Medicare and Medicaid requirements.
* Plans must clearly indicate in the Limitations and Exceptions column whether benefits are subject to prior authorization, a doctor’s order, or require a prescription. (This can be done with asterisks, footnotes, bold type, or italic type. Plans should select only onemethod of indication, describe it in terms easily understandable by members, make the indication and description prominently visible, and use it consistently throughout the document.)
* Plans may insert any additional benefits information based on the plan’s approved benefit package that is not captured in the Benefits Chart or in the exclusions section. Additional benefits should be placed alphabetically in the chart.
* Plans must describe any restrictive policies, limitations, or monetary limits that might affect a member’s access to services within the chart. Any hard limits for services must indicate that members under the age of 21 may be able to get services beyond the hard limit if medically necessary.
* Plans may add references to the list of exclusions as appropriate. If an excluded benefit is highly similar to an allowed benefit, the plan must add an appropriate reference to the list of exclusions. If the allowed benefit does not resemble any exclusion, then the plan should not reference the exclusion list.
* Plans offering targeted supplemental benefits in section B-19 of the Plan Benefit Package submission must:
* *Deliver to each clinically-targeted enrollee a written summary of those benefits so that such enrollees are notified of the “Uniformity Flexibility” benefits for which they are eligible.*
* *Update the Benefits Chart to include details, as applicable, about the exact targeted reduced cost sharing amount for each specific service and/or the additional supplemental benefits being offered.*]

# Tabla de beneficios

[*When a benefit continues from one page to the next, plans enter a blank return before right aligning and inserting at the bottom of the first part of the description:* **Este beneficio continúa en la siguiente página*.*** *At the top of the next page where the benefit description continues, plans enter the benefit name again in bold followed by* (continuación). *Plans may refer to* **Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados** *and other examples later in this chart as examples. Plans should also be aware that the flow of benefits from one page to the next may vary after plan-customized information is added, which may necessitate adding and/or removing these instructions in other services as needed.*]

## D1. Visitas preventivas

[Plans should modify this table to reflect supplemental benefits as appropriate.]

| Servicios cubiertos por nuestro plan | Limitaciones y excepciones |
| --- | --- |
| Control anual  Se trata de una visita para elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Los controles anuales están cubiertos una vez cada 12 meses.  **Nota:** No podrá hacerse el primer control anual en los 12 meses de la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. El plan cubrirá chequeos anuales cuando lleve 12 meses con la Parte B. No es necesario que haya realizado una visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. |  |
| Control de bienestar infantil (también conocido como Healthchek)  Healthchek es el beneficio de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) de Ohio para todos los miembros de Medicaid desde el nacimiento hasta los 21 años. Healthchek cubre los exámenes médicos, de la vista, dentales, de la audición, nutricionales, de desarrollo y de salud mental. También incluye vacunas, educación de salud y pruebas de laboratorio. |  |
| Visita de “Bienvenida a Medicare”  Si usted lleva menos de 12 meses en la Parte B de Medicare, puede recibir una única visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Cuando pida su cita, diga en el consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Esta visita incluye:   * un examen de su salud, * educación y consejería sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluyendo exámenes e inyecciones), **y** * referidos para otro tipo de cuidado, si lo necesita. |  |

## D2. Servicios y pruebas de detección preventivos

[Plans should modify this table to reflect supplemental benefits as appropriate.]

| Servicios cubiertos por nuestro plan | Limitaciones y excepciones |
| --- | --- |
| Consejería e intervención para dejar de fumar o consumir tabaco  El plan cubre la consejería y la intervención para dejar de fumar. |  |
| Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (terapia para enfermedades del corazón)  El plan cubre consultas con su proveedor de cuidado primario para ayudar a reducir su riesgo de tener enfermedades del corazón. Durante esta visita, su proveedor puede:   * hablarle sobre el uso de la aspirina, * revisar su presión arterial (de la sangre), **o** * darle consejos para asegurarse que usted esté comiendo bien. |  |
| Examen de aneurisma aórtico abdominal  El plan cubre las pruebas de ecografía de aneurisma aórtico abdominal si usted está en riesgo de padecer esta afección. |  |
| Exámenes de obesidad y terapia para bajar de peso  El plan cubre asesoramiento para ayudarlo a bajar de peso. |  |
| Exámenes para detectar cáncer de mama  El plan cubre los siguientes servicios:   * Una mamografía de referencia entre los 35 y 39 años * Una mamografía cada 12 meses para las mujeres de 40 años y mayores * Las mujeres menores de 35 años con alto riesgo de desarrollar cáncer de mama también pueden ser elegibles para las mamografías * Exámenes de mamas anuales |  |
| Exámenes para detectar cáncer de próstata  El plan cubre los siguientes servicios:   * Un examen de tacto rectal * Una prueba de antígeno prostático específico (PSA) |  |
| Exámenes para detectar el cáncer de cuello de útero y de vagina  El plan cubre pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos anuales para todas las mujeres. |  |
| Exámenes para detectar la depresión  El plan cubre exámenes de detección de la depresión. |  |
| Exámenes para detectar la diabetes  El plan cubre exámenes de detección de la diabetes (incluye pruebas de glucosa en ayuno).  Es posible que quiera hablar con su proveedor sobre esta prueba si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, antecedentes familiares de diabetes o antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa). |  |
| Exámenes para la detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón)  El plan cubre análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares. Estos análisis de sangre también detectan defectos a causa de un alto riesgo de enfermedades del corazón. |  |
| Exámenes y consejería para el abuso de alcohol  El plan cubre exámenes por el consumo excesivo de alcohol para adultos. Esto incluye a las mujeres embarazadas. Si el resultado del examen de detección de consumo excesivo de alcohol es positivo, puede recibir sesiones de asesoramiento personales con un profesional o proveedor de cuidado primario especializado. |  |
| Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP)  El plan pagará por servicios del programa prevención de diabetes de Medicare (MDPP). El MDPP está diseñado para ayudarlo a adoptar comportamientos saludables. Le ofrece entrenamiento práctico en:   * cambio de alimentación a largo plazo, **y** * aumento de la actividad física, **y** * maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. |  |
| Prueba de detección y consejería sobre infecciones de transmisión sexual (STI)  El plan cubre exámenes para detectar infecciones de transmisión sexual, que incluyen, entre otras, la clamidia, la gonorrea, la sífilis y la hepatitis B.  También cubre sesiones intensivas de consejería del comportamiento, en persona, para adultos sexualmente activos y con mayor riesgo de tener infecciones de transmisión sexual. Cada sesión podrá ser de 20 a 30 minutos de duración. |  |
| Pruebas para detectar cáncer colorrectal  Para las personas mayores de 50 años o con alto riesgo de cáncer colorrectal, el plan cubre:   * Sigmoidoscopía flexible (o enema de bario exploratorio) * Prueba de sangre oculta en heces * Colonoscopía exploratoria * Prueba de sangre oculta en heces (o prueba inmunoquímica fecal) * cribado colorrectal basado en el ADN   Para las personas que no tengan un alto riesgo de tener cáncer colorrectal, el plan pagará una colonoscopía exploratoria cada diez años (pero no dentro de un periodo de 48 meses desde la fecha en que le hayan hecho una sigmoidoscopía flexible). |  |
| Pruebas para detectar el cáncer de pulmón  El plan pagará las pruebas para detectar el cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:   * tiene entre 55 y 77 años, **y** * tiene una visita de asesoramiento y de toma de decisión compartida con su médico u otro proveedor especializado, **y** * ha fumado al menos 1 paquete al día durante 30 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora o dejó de fumar en los últimos 15 años.   Después de la primera prueba de detección, el plan pagará otra prueba de detección por año con una orden escrita de su médico u otro proveedor especializado.  [List any additional benefits offered.] |  |
| Pruebas para detectar el VIH  El plan cubre los exámenes de detección de VIH para las personas que solicitan una prueba de detección de VIH o tienen un mayor riesgo de infección por el VIH. |  |
| Vacunas (inmunizaciones)  El plan cubre los siguientes servicios:   * Vacunas para menores de 21 años * Vacuna contra la neumonía * Vacunas contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y en el invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias * Vacunas contra la hepatitis B, si existe un riesgo elevado o intermedio de que pueda contraer hepatitis B * Otras vacunas si existe un riesgo y las vacunas cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare o Medicaid * Otras vacunas que cumplan con las normas de cobertura de la Parte D de Medicare. Lea el Capítulo 6 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información. |  |

## D3. Otros servicios

[Plans should modify this table to reflect supplemental benefits as appropriate.]

| Servicios cubiertos por nuestro plan | Limitaciones y excepciones |
| --- | --- |
| Acupuntura  El plan cubre la acupuntura para el tratamiento del dolor de cabeza, el dolor lumbar y el dolor en las cervicales, de la osteoartritis de la cadera y las rodillas, de las náuseas y vómitos debido a un embarazo o a la quimioterapia, así como del dolor postoperatorio agudo.  El plan también pagará hasta 12 visitas en 90 días si tiene dolor lumbar crónico y se cumplen las siguientes condiciones:   * hace 12 semanas o más que tiene el dolor; * no es específico (no tiene ninguna causa sistemática que pueda identificarse; por ejemplo, no está asociado a enfermedades metastásicas, inflamatorias ni infecciosas); * no está asociado a ninguna operación, **y** * no está asociado al embarazo.   El plan pagará 8 sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si usted muestra mejoría. No puede obtener más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico al año.  Los tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico se interrumpirán si usted no nota mejoría o si empeora.  [*List any additional benefits offered.*] | Para más de 30 sesiones de acupuntura por año de beneficios, se requiere autorización. |
| [If this benefit is not applicable, plans should delete this row.]  Ayuda con ciertas afecciones crónicas  [Plans that offer targeted “Uniformity Flexibility” supplemental benefits and/or “*Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI),”* which members with certain chronic condition(s) may be eligible to receive from a network provider, should include information about the specific benefits and (as applicable) reduced cost sharing. If offering SSBCI, plans must also list the chronic conditions and benefits and describe the nature of the benefits and the eligibility criteria. The benefits listed here must be approved in the Plan Benefit Package submission.] |  |
| Centros de Salud Calificados Federalmente  El plan cubre los siguientes servicios en los Centros de Salud Calificados Federalmente:   * Consultas de cuidado primario y servicios de especialistas * Servicios de fisioterapia * Servicios de patología del habla y audiología * Servicios dentales * Servicios de podiatría * Servicios de optometría u óptica * Servicios quiroprácticos * Servicios de transporte * Servicios de salud mental   **Nota:** Puede recibir los servicios en un Centro de Salud Calificado Federalmente de la red o fuera de la red. |  |
| Clínicas rurales de salud  El plan cubre los siguientes servicios en clínicas rurales de salud:   * Consultas de cuidado primario y servicios de especialistas * Psicólogo clínico * Trabajador social clínico para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales * Servicios de enfermero visitante en determinadas situaciones   **Nota:** Puede recibir los servicios de una clínica rural de salud de la red o fuera de la red. |  |
| Cuidado de emergencia (consulte también “cuidado necesario de urgencia”)  “Cuidado de emergencia” significa servicios que son:   * ofrecidos por un proveedor capacitado para dar servicios de emergencia, **y** * necesarios para tratar una emergencia médica.   Una “emergencia médica” es un problema médico acompañado por un dolor severo o una lesión seria, cuya gravedad sea tal que si usted no recibe cuidado médico inmediato, usted o cualquier otra persona con unos conocimientos médicos o de salud promedios podría esperar que derivase en:   * riesgos graves para su salud o, si está embarazada, la del feto; **o** * daños graves a las funciones corporales; **o** * disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo; **o** * en el caso de ser una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando: * No hay tiempo suficiente para trasladarla sin peligro a otro hospital antes del parto. * El traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o la del bebé.   En una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana, o a otro establecimiento apropiado.  Si no está seguro de si debe acudir a la sala de emergencias, llame a su proveedor de cuidado primario (PCP) o a la línea de consejería de enfermería, que funciona las 24 horas del día. Su PCP o la línea de consejería de enfermería pueden aconsejarlo sobre lo que debe hacer.  [Also, identify whether the plan only covers emergency care within the U.S. and its territories as required or also covers emergency care as a supplemental benefit that provides world-wide emergency/urgent coverage.] | Si usted recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado como paciente hospitalizado después de que su emergencia se estabilice [*plans should insert information as needed to accurately describe emergency care benefits*: (por ejemplo, deberá volver a un hospital de la red para que cubra sus cuidados. Usted podrá seguir recibiendo cuidados como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red solamente si el plan aprueba su estadía).] |
| [Plans should modify this section to reflect supplemental benefits as appropriate.]  Cuidado de la vista  El plan cubre los siguientes servicios:   * Se cubre un examen de los ojos completo, marcos completos y un par de lentes (de contacto, si es médicamente necesario): * por cada período de 12 meses para los miembros menores de 21 años y mayores de 59 años; **o** * por cada período de 24 meses para los miembros de 21 a 59 años. * Entrenamiento de la vista * Servicios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluyendo, entre otros, los siguientes: * Exámenes anuales de la vista para detectar retinopatías en personas con diabetes y el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. * Un examen de detección de glaucoma al año para los miembros menores de 20 años o mayores de 50 años, los miembros con antecedentes familiares de glaucoma, los miembros con diabetes, los afroamericanos mayores de 50 años y los hispanoamericanos mayores de 65 años. * Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas, cuando el médico inserta un lente intraocular. (Si tiene dos cirugías de cataratas por separado, podrá recibir un par de lentes después de cada cirugía. No podrá obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió uno después de la primera cirugía). |  |
| Cuidado en centros de enfermería y de enfermería especializada  El plan cubre los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no han sido incluidos aquí:   * Habitación semiprivada o habitación privada si es médicamente necesario * Comidas, incluyendo dietas especiales * Servicios de enfermería * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla * Medicamentos que usted reciba como parte de su plan de cuidado, incluyendo sustancias encontradas naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea * Sangre, incluido el almacenamiento y la administración * Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por centros de enfermería * Exámenes de laboratorio proporcionados por centros de enfermería * Radiografías y otros servicios radiológicos proporcionados por centros de enfermería * Equipo médico duradero, como sillas de ruedas, normalmente proporcionados por centros de enfermería * Servicios de un médico o proveedor   Generalmente, recibirá su cuidado por parte de los centros de la red. No obstante, es probable que usted pueda recibir su cuidado de un centro de fuera de nuestra red. Usted puede recibir cuidado de un centro de enfermería de Medicaid en el siguiente lugar si acepta las tarifas de nuestro plan:   * Un hogar para personas de la tercera edad o una comunidad para jubilados de cuidado continuo donde usted vivía el día en que comenzó a ser miembro de <plan name>.   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | Puede tener la responsabilidad de pagar por los costos de alojamiento y alimentos para los servicios del centro de enfermería. El Departamento de trabajo y servicios de familia local determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que tenga esa responsabilidad.  Tenga en cuenta que la responsabilidad de pago del paciente no se aplica a los días cubiertos por Medicare en un centro de enfermería. |
| Cuidado en centros de enfermería y de enfermería especializada (continuación)  Usted puede recibir cuidado de un centro de enfermería de Medicare en los siguientes lugares si estos aceptan las tarifas de nuestro plan:   * Un hogar para personas de la tercera edad o la comunidad para jubilados donde usted vivió antes de ir al hospital (siempre y cuando esta ofrezca servicios de enfermería) * Un centro de enfermería donde viva su cónyuge o su pareja de hecho al momento de abandonar el hospital |  |
| Cuidado necesario de urgencia  El cuidado necesario de urgencia es el cuidado que se da para tratar:   * un caso que no sea de emergencia, **o** * una enfermedad inesperada, **o** * una lesión, **o** * una enfermedad que necesite cuidado inmediato.   Si usted necesita cuidado necesario de urgencia, deberá tratar de obtenerlo primero de un proveedor de la red. Sin embargo, usted podrá usar proveedores fuera de la red cuando no pueda ir a ver a un proveedor de la red.  [Include in-network benefits. Also identify whether this coverage is within the U.S. and its territories or is supplemental world-wide emergency/urgent coverage.] |  |
| [Plans should modify this section to reflect supplemental benefits as appropriate.]  Cuidados de salud mental para pacientes ambulatorios  El plan cubre servicios de salud mental proporcionados por:   * un psiquiatra o médico con licencia del estado, * un psicólogo clínico, * un trabajador social clínico, * un enfermero clínico especializado, * un enfermero con licencia, * un asistente médico **o** * cualquier otro profesional de cuidado de la salud mental certificado según las leyes aplicables del estado.   El plan cubre los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no han sido incluidos aquí:   * Servicios clínicos y servicios psiquiátricos generales para pacientes ambulatorios del hospital [Plans should include any Medicaid limitations that apply (e.g., number of visits)] * Servicios terapéuticos del comportamiento (TBS) * Servicios de rehabilitación psicosocial [Plans should include any Medicaid limitations that apply (e.g., number of visits)]   [List any additional benefits offered.] |  |
| [Plans should modify this section to reflect supplemental benefits as appropriate.]  Cuidados en hospicio  Usted puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir el hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico médico terminal. Esto significa que usted tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Su médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.  El plan pagará lo siguiente mientras usted recibe servicios de hospicio:   * Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor * Cuidados de respiro a corto plazo * Cuidados de salud en el hogar * Cuidados en centros de enfermería   **Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare son facturados a Medicare:**   * Para obtener más información, consulte la Sección F de este capítulo.   **Para los servicios cubiertos por <plan name> que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:**   * <Plan name> cubrirá los servicios cubiertos por el plan, que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. El plan cubrirá los servicios, incluso si no se relacionan con su pronóstico médico terminal. A menos que tenga la responsabilidad de pagar los servicios del centro de enfermería, usted no pagará nada por estos servicios.   Este beneficio continúa en la página siguiente | Si desea obtener servicios de hospicio en un centro de enfermería, es posible que tenga que recurrir a un centro de enfermería de la red. Además, puede tener la responsabilidad de pagar por los servicios del centro de enfermería, una vez que se haya utilizado el beneficio del centro de enfermería de Medicare. El Departamento de trabajo y servicios de familia local determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que tenga esa responsabilidad. |
| Cuidados en hospicio (continuación)  **Para los medicamentos que pudieran estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de <plan name>:**   * Los medicamentos nunca están cubiertos por un hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Consulte el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información.   **Nota:** Salvo en el caso de los cuidados de urgencia/emergencia, si usted necesita cuidado que no sea de hospicio, deberá llamar a su administrador de cuidados para pedir ese servicio. El cuidado que no es de hospicio es el que no está relacionado con su pronóstico médico terminal. [Plans should include a phone number or other contact information.]  [Insert if applicable, edit as appropriate: Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de hospicio.] |  |
| Cuidados en un hospital como paciente hospitalizado  El plan cubre los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no han sido incluidos aquí:   * Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) * Comidas, incluyendo dietas especiales * Servicios de enfermería regulares * Costos de unidades de cuidado especial como cuidado intensivo o unidades de cuidado coronario * Medicamentos * Análisis de laboratorio   **Este beneficio continúa en la página siguiente** |  |
| Cuidados en un hospital como paciente hospitalizado (continuación)   * Radiografías y otros servicios de radiología * Suministros médicos y quirúrgicos que sean necesarios * Aparatos, como sillas de ruedas para uso en el hospital * Servicios de sala de operaciones y de recuperación * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla * Servicios para el trastorno por abuso de sustancias como paciente hospitalizado * Sangre, incluido el almacenamiento y la administración * Servicios de un médico o proveedor * En algunos casos, los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre y órganos intestinales/multiviscerales.   Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para recibir un trasplante. [Plans should include the following, modified as appropriate: Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted podrá obtener estos servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de cuidado para su comunidad. Si <plan name> proporciona servicios de trasplante en un lugar lejano fuera del patrón de cuidado para su comunidad y usted elige recibir su trasplante allí, haremos los arreglos necesarios o cubriremos el alojamiento y los costos de viaje para usted y otra persona.] [Plans may further define the specifics of transplant travel coverage.] |  |
| [Plans should modify this section to reflect supplemental benefits as appropriate.]  Dispositivos prostéticos y suministros relacionados  Los dispositivos prostéticos reemplazan la totalidad o una parte o función del cuerpo. Los siguientes son ejemplos de dispositivos prostéticos cubiertos:   * Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de una colostomía * Marcapasos * Aparatos ortopédicos * Zapatos prostéticos * Brazos y piernas artificiales * Prótesis para senos (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía) * Servicios dentales   El plan también cubre algunos suministros relacionados con los dispositivos prostéticos y su reparación y reemplazo.  El plan ofrece cobertura parcial después de una cirugía de cataratas. Consulte los detalles en “Cuidado de la vista” más adelante en esta sección [plans may insert reference, as applicable]. |  |
| Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados  Los DME cubiertos incluyen, sin limitación, lo siguiente:   * Sillas de ruedas * Muletas * Sistemas de camas eléctricas * Suministros para diabéticos * Camas de hospital pedidas por un proveedor para usar en el hogar * Bombas para infusión intravenosa (i.v.) * Dispositivos de generación de voz * Equipos y suministros de oxígeno * Nebulizadores * Andadores   Otros artículos (como prendas para la incontinencia, productos nutricionales enterales, suministros para ostomía y urológicos, y los apósitos quirúrgicos y suministros relacionados) pueden estar cubiertos. Para conocer otros tipos de suministros que cubre el plan, consulte las secciones sobre servicios para diabéticos, servicios de audición y dispositivos prostéticos.  El plan también puede cubrir la educación para usar, modificar o reparar su artículo. Su equipo para el cuidado de salud trabajará con usted para decidir si esos otros artículos y servicios son adecuados para usted y si estarán en su Plan de cuidado individualizado.  [Plans that do not limit the DME brands and manufacturers that you will cover, insert: Cubriremos todos los equipos médicos duraderos que suelen cubrir Medicare y Medicaid. Si nuestro proveedor no tiene alguna marca o fabricante en particular en su área, usted les puede preguntar si pueden hacer un pedido especial para usted.]  Este beneficio continúa en la página siguiente |  |
| Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)  [Plans that limit the DME brands and manufacturers that you will cover, insert the following (for more information about this requirement, refer to the Medicare Managed Care Manual, Chapter 4, Section 10.12.1 et seq.): Junto con este Manual del miembro, le enviamos la lista de equipos médicos duraderos de <plan name>. Esta lista le indica las marcas y fabricantes de equipo médico duradero que cubriremos. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores por los que pagaremos también está disponible en nuestra página de internet en <URL>.  Generalmente, <plan name> cubre cualquier equipo médico cubierto en la lista de marcas y fabricantes de Medicare y Medicaid. Nosotros no cubriremos otras marcas y fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos indiquen que usted necesita esa marca. Sin embargo, si usted es nuevo en <plan name> y está usando una marca de DME que no está incluida en la lista, continuaremos cubriendo dicha marca por un máximo de 90 días. Durante este tiempo, usted debería hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de ese período de 90 días. (Si usted no está de acuerdo con su médico, puede pedir una segunda opinión).  Si usted (o su médico) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, pueden presentar una apelación. Si no está de acuerdo con la decisión de su médico sobre qué producto o marca es la apropiada para su problema médico, usted también puede presentar una apelación. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable]).]  [Plans that limit the DME brands and manufacturers must include on their DME list information regarding the requirement to cover a brand not on the list for up to 90 days for new members.] |  |
| [Plans with no day limitations on a plan’s hospital or nursing facility coverage may modify or delete this row as appropriate.]  Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta  Si su hospitalización no es razonable y necesaria, el plan no la pagará.  Sin embargo, en algunos casos, el plan cubrirá los servicios que usted reciba mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería. El plan cubrirá los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no han sido incluidos aquí:   * Servicios de un médico * Exámenes de diagnóstico, como análisis de laboratorio * Terapia de rayos X, radioterapia y terapia de isótopos, incluyendo materiales y servicios técnicos * Apósitos quirúrgicos * Férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones * Dispositivos ortopédicos y prostéticos no dentales, incluyendo el reemplazo o las reparaciones de esos dispositivos. Estos son dispositivos que: * reemplazan la totalidad o parte de un órgano interno (incluyendo el tejido contiguo), **o** * reemplazan la totalidad o parte de la función de un órgano interno que no funciona o funciona mal. * Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, armazones y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a ruptura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado del paciente * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla |  |
| Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare  [*Plans that will or expect to use Part B step therapy should indicate the Part B drug categories below that will or may be subject to Part B step therapy as well as a link to a list of drugs that will be subject to Part B step therapy. The link may be updated throughout the year and any changes added at least 30 days prior to implementation per 42 CFR 422.111(d).*]  Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. <Plan name> cubre los siguientes medicamentos:   * Medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que son inyectados o de infusión mientras recibe servicios de un médico, como paciente ambulatorio de un hospital o de un centro de cirugía ambulatoria * Medicamentos que usa junto con equipo médico duradero (como nebulizadores) que han sido autorizados por el plan * Factores de coagulación que se inyecta usted mismo si tiene hemofilia * Medicamentos inmunosupresores si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante del órgano * Medicamentos inyectables para la osteoporosis. Estos medicamentos serán cubiertos si usted no puede salir de su casa, si tiene una fractura que un médico certifique que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y si no puede inyectarse el medicamento usted mismo * Antígenos * Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas   **Este beneficio continúa en la página siguiente** |  |
| Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare (continuación)   * Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo heparina, el antídoto contra la heparina (cuando sea médicamente necesario), anestésicos locales y agentes estimulantes de la eritropoyesis [plans may delete any of the following drugs that are not covered under the plan] (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) * Globulina inmune intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria   [Insert if applicable: El siguiente vínculo le llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: <hyperlink>.]  También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos de receta de la Parte B y la Parte D de Medicare.  El Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] explica el beneficio de medicamentos de receta como paciente ambulatorio. También explica las reglas que debe seguir para que sus recetas estén cubiertas.  El Capítulo 6 [plans may insert reference, as applicable] explica lo que usted pagará por sus medicamentos como paciente ambulatorio mediante nuestro plan. |  |
| Programa de Servicios Especializados de Recuperación (SRS)  Si usted es un adulto al que se le ha diagnosticado una enfermedad mental grave y persistente y vive en la comunidad, puede ser elegible para obtener SRS específicos para sus necesidades de recuperación. El plan cubre los tres servicios siguientes si está inscrito en el programa SRS:   * Administración de la recuperación; los administradores de la recuperación trabajarán con usted para lo siguiente: * desarrollar un plan de cuidado centrado en la persona que refleje sus objetivos personales y los resultados deseados, * supervisar regularmente su plan mediante reuniones periódicas, **y** * proporcionarle información y referidos. * Ubicación y respaldo individualizados - empleo con respaldo (IPS-SE); los servicios de empleo con respaldo pueden: * ayudarlo a encontrar un trabajo si está interesado en trabajar, * evaluar sus intereses, habilidades y experiencias en relación con sus objetivos de empleo, **y** * proporcionarle respaldo continuo para ayudarlo a mantener el empleo. * Respaldo para recuperación con pares: * los pares que brindan respaldo utilizan sus propias experiencias con los trastornos de salud mental y el consumo de sustancias para ayudarlo a alcanzar sus objetivos de recuperación, **y** * los objetivos se incluyen en un plan de cuidado que usted diseña en función de sus preferencias y de la disponibilidad de la comunidad y de los apoyos.   La relación con los pares puede ayudarlo a centrarse en las estrategias y progresar hacia la autodeterminación, la autodefensa, el bienestar y la independencia. | Si está interesado en los SRS, se lo pondrá en contacto con un administrador de recuperación que iniciará la evaluación para determinar su elegibilidad, teniendo en cuenta aspectos como su diagnóstico y su necesidad de recibir ayuda en actividades como citas médicas, interacciones sociales y habilidades de la vida. |
| [If this benefit is not applicable, plans should delete this row.]  Programas de educación de salud y bienestar  [These are programs focused on health conditions such as high blood pressure, cholesterol, asthma, and special diets. Programs designed to enrich the health and lifestyles of members include weight management, fitness, and stress management. Describe the nature of the programs here.] |  |
| Servicios de ambulancia y camioneta para silla de ruedas  Los servicios de ambulancia de emergencia cubiertos incluyen servicios terrestres y aéreos (en avión o helicóptero). La ambulancia le llevará al lugar más cercano que pueda cuidar de usted.  Su estado debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud o, si está embarazada, la vida o la salud del bebé.  En los casos que no son de emergencia, los servicios de transporte en ambulancia o en camioneta para silla de ruedasestán cubiertos cuando son médicamente necesarios. |  |
| [Plans should modify this section to reflect supplemental benefits as appropriate.]  Servicios de cuidado de salud en el hogar  El plan cubre los siguientes servicios proporcionados por una agencia de cuidado de salud en el hogar:   * Servicios de auxiliar de salud en el hogar o de enfermería * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla * Servicios privados de enfermería (también pueden ser proporcionados por un proveedor independiente) * Terapia de infusión en el hogar para la administración de medicamentos, nutrientes u otras soluciones por vía intravenosa o enteral * Servicios sociales y médicos * Equipos y suministros médicos |  |
| Servicios de exención con base en el hogar y la comunidad  El plan cubre los siguientes servicios de exención con base en el hogar y la comunidad:   * Servicios de salud de día para adultos * Servicios de comidas alternativas * Servicios de vida asistida * Servicios de asistente de cuidado a domicilio * Servicios de tareas domésticas * Transición comunitaria * Servicios de mejora de la vida comunitaria * Asistente de cuidado a domicilio * Comidas con envío a domicilio * Equipo médico para el hogar y servicios complementarios de dispositivos de adaptación y asistencia * Modificación, mantenimiento y reparación del hogar * Servicios de tareas del hogar * Asistencia para la vida independiente * Consulta nutricional * Servicios de relevo fuera del hogar * Servicios de cuidado personal * Servicios de respuesta a emergencias personales * Control de plagas * Asesoramiento de trabajo social * Servicios de enfermería de exención * Transporte de exención | Estos servicios están disponibles solo si Ohio Medicaid determinó su necesidad de recibir cuidado a largo plazo.  Puede tener la responsabilidad de pagar los servicios de exención. El Departamento de trabajo y servicios de familia local determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que tenga esa responsabilidad. |
| Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas a consultorios  El plan cubre los siguientes servicios:   * Servicios de cuidado de salud o de cirugía prestados en lugares como el consultorio de un médico, un centro de cirugía ambulatoria certificado o el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital * Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista * [Insert if providing any additional telehealth benefits consistent with 42 CFR §422.135 in the plan’s approved Plan Benefit Package submission: Determinados servicios de telesalud, incluidos [insert general description of covered additional telehealth benefits (i.e., the specific Part B service(s) the plan has identified as clinically appropriate for offering through electronic exchange when the provider is not in the same location as the member). Plans may refer members to their medical coverage policy here].]   + Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud. [Plans may modify as necessary if benefits include out-of-network coverage of additional telehealth services as mandatory supplemental benefits.]   + [List the available means of electronic exchange used for each Part B service offered as an additional telehealth benefit along with any other access instructions that may apply.]   **Este beneficio continúa en la página siguiente** |  |
| Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas a consultorios (continuación)   * [*Insert if the plan’s service area and providers/locations qualify for telehealth services under original Medicare requirements in section 1834(m) of the Act:* Algunos servicios de teleasistencia como, por ejemplo, consultas, diagnósticos y tratamientos realizados por un médico o profesional de la salud, para miembros que residen en ciertas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare] * Servicios de teleasistencia para visitas mensuales a miembros con enfermedad renal en fase terminal que reciben diálisis domiciliaria, en un centro de diálisis renal dentro de un hospital o de un hospital de acceso crítico (CAH), en un centro de diálisis renal no hospitalario o en el hogar. * Servicios de teleasistencia para el diagnóstico, evaluación o tratamiento de los síntomas de un ictus. * Servicios de teleasistencia para miembros con un trastorno de abuso de sustancias o que presentan un trastorno de la salud mental asociado a dicho abuso. * Visitas de control virtuales (por teléfono o videochat, por ejemplo) con su médico de 5-10 minutos de duración siempre que:   + usted no sea un paciente nuevo **y**   + la visita de control no guarde relación con una visita en el consultorio efectuada en los 7 días anteriores **y**   + la visita de control no derive en una visita al consultorio en las 24 horas siguientes o el primer día en que haya cita disponible.   **Este beneficio continúa en la página siguiente** |  |
| Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas a consultorios (continuación)   * Evaluación del video y/o las imágenes enviadas a su doctor, así como su interpretación y seguimiento por parte de su doctor en las 24 horas siguientes, siempre que   + usted no sea un paciente nuevo **y**   + la evaluación no guarde relación con una visita en el consultorio efectuada en los 7 días anteriores **y**   + la evaluación no derive en una visita al consultorio en las 24 horas siguientes o el primer día en que haya cita disponible. * Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet, o historial clínico electrónico si no es un nuevo paciente * Segunda opinión [insert if appropriate: de otro proveedor de la red] antes de una cirugía * Cuidado dental que no sea rutinario. Los servicios cubiertos se limitarán a lo siguiente:   + cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas,   + reposición de fracturas de la mandíbula o huesos faciales,   + extracción de dientes antes de tratamientos de radiación de cáncer neoplásico, **o** * servicios que estarían cubiertos cuando los proporcione un médico.   [List any additional benefits offered.] |  |
| [Plans should modify this section as necessary.]  Servicios de planificación familiar  El plan cubre los siguientes servicios:   * Examen y tratamiento médico de planificación familiar * Exámenes de laboratorio y de diagnóstico para planificación familiar * Métodos de planificación familiar (píldoras, parches, diafragma, dispositivo intrauterino, inyecciones o implantes para el control de la natalidad) * Suministros de planificación familiar (condón, esponja, espuma, gel, diafragma o barrera uterina) * Asesoramiento y diagnóstico sobre infertilidad y servicios relacionados * Asesoramiento y exámenes por infecciones de transmisión sexual (STI), SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH * Tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI) * Tratamiento del SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH * Esterilización voluntaria (usted debe tener 21 años o más y debe firmar un formulario federal de consentimiento para la esterilización. Entre la fecha de la firma del formulario y la fecha de la cirugía deberán pasar por lo menos 30 días, pero no más de 180 días) * Detección, diagnóstico y consejería para anomalías genéticas o trastornos metabólicos hereditarios * Tratamiento médico para casos de infertilidad (este servicio no incluye procedimientos artificiales para quedar embarazada)   **Este beneficio continúa en la página siguiente** |  |
| Servicios de planificación familiar (continuación)  **Nota:** Puede obtener servicios de planificación familiar de un proveedor de planificación familiar calificado de la red o fuera de la red (por ejemplo, Planned Parenthood) que figure en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede obtener servicios de planificación familiar de un enfermero partero certificado de la red, un obstetra, un ginecólogo o un proveedor de cuidado primario. |  |
| Servicios de podiatría  El plan cubre los siguientes servicios:   * Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie, de los músculos y tendones de la pierna que controlan el pie y de las lesiones superficiales de la mano que no estén asociadas a un traumatismo * Cuidado de rutina de los pies para los miembros con enfermedades que afectan las piernas, como la diabetes   [List any additional benefits offered.] |  |
| Servicios de programa de tratamiento con opiáceos (OTP)  El plan pagará los siguientes servicios para tratar trastornos por consumo de opiáceos (OUD):   * Exámenes y evaluaciones iniciales * Evaluaciones periódicas * Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, gestionar y darle estos medicamentos * Asesoramiento por abuso de sustancias * Terapia individual y grupal * Pruebas de drogas o químicos en su organismo (pruebas toxicológicas)   [List any additional benefits offered, with the exception of meals and transportation.] |  |
| Servicios de rehabilitación   * Servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio * El plan cubre fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje. * Usted puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en un hospital, con terapeutas independientes, en Centros de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) y en otras instituciones. * Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) * El plan cubre servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y consejería para determinadas enfermedades. * El plan cubre también programas de rehabilitación cardíaca intensiva, los cuales son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca normales. * Servicios de rehabilitación pulmonar * El plan cubre programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).   [List any additional benefits offered.] |  |
| Servicios de salud del comportamiento como paciente hospitalizado  El plan cubre los siguientes servicios:   * Cuidados psiquiátricos para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico o un hospital general privado o público independiente * Para los miembros de 22 a 64 años internados en un hospital psiquiátrico independiente con más de 16 camas, existe un límite de 190 días de por vida * Cuidados de desintoxicación como paciente hospitalizado |  |
| [Plans should modify this section to reflect supplemental benefits as appropriate.]  Servicios de salud mental y trastorno por abuso de sustancias en centros de tratamientos para adicciones  El plan cubre los siguientes servicios en centros de tratamientos para adicciones:   * Desintoxicación ambulatoria * Evaluación * Administración de casos * Consejería * Intervención en caso de crisis * Intensivos para pacientes ambulatorios * Exámenes de detección de alcohol/drogas y análisis de orina * Médico/somático * Administración de metadona * Medicamentos para la adicción administrados en el consultorio, incluyendo inducción de vivitrol y de buprenorfina   Consulte “Servicios de salud del comportamiento para pacientes hospitalizados” y “Cuidados de salud mental para pacientes ambulatorios” para obtener información adicional. |  |
| [Plans should modify this section to reflect supplemental benefits as appropriate.]  Servicios de tratamiento de salud mental y de trastornos por abuso de sustancias en centros de salud mental comunitarios  El plan cubre los siguientes servicios en centros de salud mental comunitarios certificados:   * Evaluación de salud mental/diagnóstico psiquiátrico * Tratamiento comunitario afirmativo (ACT) * Tratamiento intensivo en el hogar (IHBT) * Detección, intervención breve y referido a tratamiento (SBIRT) * Pruebas psicológicas * Servicios terapéuticos del comportamiento (TBS) * Rehabilitación psicosocial * Servicios de tratamiento psiquiátrico de apoyo comunitario (CPST) * Asesoramiento y terapia * Intervención en caso de crisis * Administración farmacológica * Ciertos medicamentos antipsicóticos inyectables administrados en el consultorio * Hospitalización parcial solo para el trastorno por consumo de sustancias   La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento activo del trastorno por consumo de sustancias. Se ofrece como servicio de hospital para pacientes ambulatorios o mediante un centro de salud mental comunitario. Es más intensa que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Consulte “Servicios de salud del comportamiento para pacientes hospitalizados” y “Cuidados de salud mental para pacientes ambulatorios” para obtener información adicional. |  |
| Servicios dentales  El plan cubre los siguientes servicios:   * Examen oral completo (uno por relación proveedor-paciente) * Examen oral periódico una vez cada 180 días para los miembros menores de 21 años, y una vez cada 365 días para los miembros mayores de 21 años * Servicios preventivos que incluyen profilaxis, flúor para los miembros menores de 21 años, sellantes y separadores * Radiografías/diagnóstico de rutina * Servicios dentales integrales que incluyen servicios de diagnóstico no rutinarios, de restauración, de endodoncia, de periodoncia, de prótesis, de ortodoncia y de cirugía   [List any additional benefits offered or modify language above as necessary to reflect additional benefits offered.] |  |
| Servicios para diabéticos  El plan cubre los siguientes servicios para todas las personas que tengan diabetes (incluso si no usan insulina):   * En algunos casos, capacitación para controlar la diabetes. * Suministros para vigilar los niveles de glucosa en la sangre, incluyendo lo siguiente: * Medidores de glucosa en sangre y tiras de prueba * Dispositivos para lancetas y lancetas * Preparados de control de glucosa para comprobar la exactitud de las tiras de prueba y monitores * Para las personas con diabetes que tengan enfermedad de pie diabético grave: * un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluyendo plantillas) y dos pares adicionales de plantillas, cada año, **o** * un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas cada año (esto no incluye las plantillas removibles que no son hechas a medida proporcionadas con estos zapatos)   El plan también cubre la adaptación de zapatos terapéuticos hechos a medida o de profundidad.  [List any additional benefits offered.] |  |
| Servicios para pacientes ambulatorios  El plan cubre los servicios que usted reciba para un diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión en un entorno hospitalario.  Los siguientes son ejemplos de servicios cubiertos:   * Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como cirugía ambulatoria o servicios de observación * Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita ser admitido en el hospital como un “paciente hospitalizado”. * Algunas veces puede pasar la noche en el hospital y seguir siendo un “paciente ambulatorio”. * Puede obtener más información sobre pacientes hospitalizados o ambulatorios en esta hoja informativa: [www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf](file:///\\PLUNET-SERVER\Plunet\order\O-20-29191\_PRF\106\!_Out\es.medicare.gov\Pubs\pdf\11435-S-Are-You-an-Inpatient-Outpatient.pdf) * El plan cubre la cirugía como paciente ambulatorio y los servicios en centros para pacientes ambulatorios y en centros de cirugía ambulatoria * Quimioterapia * Análisis de laboratorio y diagnóstico (por ejemplo, análisis de orina) * Cuidado de salud mental, incluyendo el cuidado en un programa de hospitalización parcial si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin ese cuidado * Diagnóstico por imagen (por ejemplo, radiografías, tomografías computarizadas, imágenes por resonancia magnética) * Terapia de radiación (radioterapia y terapia de isótopos), incluyendo los materiales y suministros que usan los técnicos   **Este beneficio continúa en la página siguiente** |  |
| Servicios para pacientes ambulatorios (continuación)   * Sangre, incluido el almacenamiento y la administración * Suministros médicos, como entablillados y yesos * Exámenes y servicios preventivos detallados en la Tabla de beneficios * Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo   [List any additional benefits offered.] |  |
| Servicios quiroprácticos  El plan cubre lo siguiente:   * Radiografías de diagnóstico * Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación   [List any additional benefits offered. Also, list any restrictions, such as the maximum number of visits.] |  |
| Servicios y suministros de audición  El plan cubre lo siguiente:   * Pruebas de audición y equilibrio para determinar la necesidad de tratamiento (cubiertas como cuidado de paciente ambulatorio cuando las indica un médico, un audiólogo u otro proveedor especializado). * Audífonos, baterías y accesorios (incluida la reparación o sustitución) * Los audífonos convencionales se cubren una vez cada 4 años * Los audífonos digitales/programables se cubren una vez cada 5 años   [List any additional benefits offered or modify language above as necessary to reflect additional benefits offered.] |  |
| Servicios y suministros para tratar enfermedades renales  El plan cubre los siguientes servicios:   * Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñarle sobre el cuidado de los riñones y ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su cuidado * Tratamientos de diálisis como paciente ambulatorio, incluyendo tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporariamente fuera de su área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] * Tratamientos de diálisis como paciente hospitalizado, si usted ingresa como paciente a un hospital para recibir cuidado especial * Entrenamiento para hacerse diálisis a usted mismo, incluyendo entrenamiento para usted y para otra persona que lo ayude en su hogar con sus tratamientos de diálisis * Equipo y suministros para hacerse diálisis en el hogar * Ciertos servicios de respaldo en el hogar, como las visitas necesarias por personas entrenadas en diálisis para que revisen la diálisis que se está haciendo en su hogar para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo de diálisis y su suministro de agua   **Nota:** Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare cubre algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare” más arriba. |  |
| Terapia de ejercicios supervisada (SET)  El plan pagará la terapia de ejercicios supervisada (SET) para los miembros con enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática [*insert if applicable:* que tengan un referido por PAD de un médico responsable por el tratamiento de PAD]. El plan pagará:   * Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET * 36 sesiones adicionales con el tiempo si un proveedor de cuidado de salud lo considera médicamente necesario   El programa SET debe ser:   * Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de ejercicio y entrenamiento para la PAD en miembros con calambres en las piernas por un flujo sanguíneo deficiente (claudicación) * En un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico * Proporcionado por personal especializado que se asegure de que el beneficio excede el daño y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la PAD * Bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero profesional/enfermero clínico especializado capacitado tanto en técnicas de soporte vital básicas como avanzadas |  |
| Terapia de infusión en el hogar  El plan pagará la terapia de infusión en el hogar, definida como la administración de medicamentos o sustancias biológicas por vía intravenosa (en la vena) o subcutánea (bajo la piel) en su domicilio. Para poder administrar la terapia de infusión en el hogar se necesitan los siguientes elementos:   * El medicamento o la sustancia biológica como, por ejemplo, un antiviral o una inmunoglobulina; * Equipos como, por ejemplo, una bomba de infusión; **y** * Accesorios como, por ejemplo, tubos o un catéter.   El plan cubrirá, entre otros, los siguientes servicios de infusión en el hogar:   * Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, que se prestarán de conformidad con su plan de cuidados; * Formación y educación del miembro todavía no incluidas en el beneficio de Equipo Médico Duradero (DME). * Telemonitoreo; **y** * Servicios de monitoreo de la administración de la terapia y los medicamentos de infusión en el hogar por parte de un proveedor calificado de servicios de terapia de infusión en el hogar.   [List any additional benefits offered.] | [List copays.]  [List copays for additional benefits.] |
| Terapia de nutrición médica  Este beneficio es para personas con diabetes o con insuficiencia renal pero que no reciben diálisis. También es para aquellas que hayan recibido un trasplante de riñón, cuando haya sido [insert as appropriate: referido **o** indicado] por su médico.  El plan cubre tres horas de servicios de consejería individual durante el primer año que usted reciba servicios de terapia nutricional bajo Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage o Medicare). Después de eso, nosotros cubriremos dos horas de servicios de consejería individual por año.  [List any additional benefits offered.] | [Provide information on the circumstances under which the member may get additional hours of treatment if condition, treatment, or diagnosis changes, and whether prior authorization or a provider order is required.] |
| [Plans should modify this section to reflect supplemental benefits as appropriate.]  Transporte para servicios que no sean de emergencia (consulte también “Servicios de ambulancia y camioneta para silla de ruedas”)  Si tiene que viajar 30 millas o más desde su hogar para recibir los servicios de cuidado de salud cubiertos, <plan name> le proporcionará el transporte de ida y vuelta al consultorio del proveedor.  **Nota:** Además de la asistencia con el transporte que provee <plan name>, también puede obtener asistencia con el transporte para ciertos servicios a través del programa de transporte regular (NET). Si tiene preguntas o necesita asistencia con los servicios de NET, llame al Departamento de Trabajo y Servicios para Familias del condado. |  |

# Servicios cuando está fuera de casa o del área de servicio

Si se encuentra fuera de casa o fuera de nuestra área de servicio (consulte el Capítulo 1 [plans may insert reference, as applicable]) y necesita cuidados médicos [plans must explain the available services, including at a minimum emergency and urgent services, and how to access services].

[If your plan offers a visitor/traveler program to members who are out of your service area, insert this section, adapting and expanding the following paragraphs as needed to describe the traveler benefits and rules related to getting the out-of-area coverage. If you allow extended periods of enrollment out-of-area per the exception in 42 CFR §422.74(b)(4)(iii) (for more than 6 months up to 12 months), also explain that here based on the language suggested below:

Si usted está fuera de su área de servicio del plan por más de seis meses, normalmente lo retiraremos de nuestro plan. Sin embargo, ofrecemos un programa de visitante/viajero [specify areas where the visitor/traveler program is being offered] que le permitirá permanecer inscrito en nuestro plan cuando esté fuera de nuestra área de servicio hasta por 12 meses. Este programa está disponible para todos los miembros de <plan name> que estén en un área como visitante/viajero. Con nuestro programa de visitante/viajero, usted podrá recibir todos los servicios cubiertos por el plan, a precios de costo compartido, dentro de la red. Usted puede comunicarse con el plan para que le ayuden a encontrar un proveedor, cuando use el beneficio de visitante/viajero.

Si está en un área como visitante/viajero, usted podrá seguir inscrito en nuestro plan hasta el <end date>. Si no ha vuelto al área de servicio del plan el <end date>, se le retirará del plan.]

# Beneficios cubiertos fuera de <plan name>

Los siguientes servicios no están cubiertos por <plan name>, pero están a su disposición a través de Medicare. Llame a Servicios al miembro para averiguar sobre servicios que no cubre <plan name>, pero están disponibles a través de Medicare.

## F1. Cuidados en hospicio

Usted puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir el hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico médico terminal. Esto significa que usted tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Su médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.

Para obtener más información sobre lo que <plan name> paga mientras usted reciba servicios de cuidados en un hospicio, consulte la Sección D de la Tabla de beneficios en este capítulo.

**Por servicios de hospicio y servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, en relación con su enfermedad terminal:**

* El proveedor del hospicio facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios de hospicio relacionados con su pronóstico médico terminal. Usted no pagará nada por estos servicios.

**Por servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare sin relación con su pronóstico médico terminal (excepto por cuidado de emergencia o cuidado necesario de urgencia):**

* El proveedor facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará por los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Usted no pagará nada por estos servicios.

**Para los medicamentos que pudieran estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de <plan name>:**

* Los medicamentos nunca están cubiertos por un hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Consulte el Capítulo 5 [*plans may insert reference, as applicable*] para obtener más información.

**Nota:** Si usted necesita cuidado que no sea de hospicio, deberá llamar a su administrador de cuidados para pedir ese servicio. El cuidado que no es de hospicio es el que no está relacionado con su pronóstico médico terminal. [*Plans should include a phone number or other contact information for the care manager.*]

# Beneficios que no están cubiertos por <Plan Name>, Medicare ni Medicaid

Esta sección le mostrará los beneficios que están excluidos del plan. “Excluidos” significa que el plan no cubre estos beneficios. Medicare y Medicaid tampoco pagarán por ellos.

La siguiente lista describe algunos servicios y algunos elementos que no están cubiertos por el plan bajo ninguna circunstancia y algunos que están excluidos del plan, solo en algunos casos.

El plan no cubrirá los beneficios médicos excluidos detallados en esta sección (y en otras partes de este *Manual del miembro*) excepto según las condiciones específicas indicadas. Si cree que debemos cubrir un servicio que no tenga cobertura, puede presentar una apelación. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].

Además de cualquier limitación o exclusión descrita en la Tabla de beneficios, **los siguientes elementos y servicios no están cubiertos por nuestro plan:**

[The services listed in the remaining bullets are excluded from Medicare’s and Medicaid’s benefit packages. If any services below are plan-covered supplemental benefits, are required to be covered by Medicaid or under a State’s demonstration, or have become covered due to a Medicare or Medicaid change in coverage policy, delete them from this list. When plans partially exclude services excluded by Medicare, they need not delete the item but may revise the text to describe the extent of the exclusion. Plans may add parenthetical references to the Benefits Chart for descriptions of covered services/items as appropriate. Plans may also add exclusions as needed.]

* Servicios que no se consideran “razonables y necesarios” según los estándares de Medicare y Medicaid, a menos que estos servicios estén incluidos en nuestro plan como servicios cubiertos.
* Tratamientos médicos y quirúrgicos, elementos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los elementos experimentales son los que, en general, no están aceptados por la comunidad médica.
* Tratamiento de cirugía para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo cubra.
* Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
* Elementos personales en la habitación de un hospital o en un centro de enfermería, como un teléfono o una televisión.
* Cuidados básicos en un hospital como paciente hospitalizado.
* Cuidado de enfermería a tiempo completo en su hogar.
* Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, fines estéticos, antienvejecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.
* Cirugía estética u otros tratamientos estéticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte deformada del cuerpo. Sin embargo, el plan cubrirá la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para darle la misma forma.
* Cuidado quiropráctico, aparte de las radiografías de diagnóstico y la manipulación manual (ajustes) de la columna vertebral para corregir la alineación conforme a los reglamentos de cobertura de Medicare y Medicaid.
* Cuidado de los pies habitual, excepto por la cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las normas de Medicare y Medicaid.
* Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un arnés y estén incluidos en el costo del arnés o los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético.
* Dispositivos de soporte para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
* Servicios de infertilidad para hombres o mujeres.
* Esterilización voluntaria si es menor de 21 años o legalmente incapaz de autorizar el procedimiento.
* Reversión de procedimientos de esterilización y suministros contraceptivos no prescritos.
* Pruebas de paternidad.
* Abortos, excepto en el caso de una violación denunciada, incesto o cuando sea médicamente necesario para salvar la vida de la madre.
* Servicios naturopáticos (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
* Servicios proporcionados a veteranos en centros de Asuntos de Veteranos (VA).
* Servicios para encontrar la causa de la muerte (autopsia).